

Évaluation d'admissibilité

Questions et Réponses

Si vous avez besoin d'aide pour lire ce document, veuillez en faire la demande à la réceptionniste.

Q. Comment puis-je continuer à recevoir des prestations ?

- A.
- Remplissez l'application. Apportez-la au bureau régional ou postez-la.
 - Cochez la case à la page 2, si vous avez besoin d'aide.
 - Veuillez nous communiquer votre nom, votre adresse et votre signature afin de commencer le processus d'application.
 - Si vous n'avez pas d'adresse, veuillez en informer la réceptionniste.
 - Afin de terminer le processus d'application, complétez les pages 3 et 4.

Q. À quel moment débutent mes prestations ?

- A.
- En ce qui concerne l'assistance financière et médicale, les prestations débutent lorsque vous avez fourni tous les renseignements nécessaires permettant d'établir votre admissibilité.
 - Les prestations d'aliments de base débutent le jour où vous appliquez.

Q. Si j'ai besoin de nourriture immédiatement ?

- A.
- Répondez aux questions 1 à 14 et remettez immédiatement le document à la réceptionniste. Si vous n'êtes pas au bureau régional, postez l'application ou apportez-la au bureau régional. Vous pourrez recevoir une aide alimentaire dans les cinq (5) jours qui suivent la réception de votre application si :
- Vous montrez une preuve de votre identité; et
 - Votre ménage a un revenu ou des ressources très modestes; ou
 - Le revenu et les ressources de votre ménage ne suffisent pas à couvrir votre loyer mensuel et les services publics; **ou** monthly rent and utilities combined; **or**
 - Votre ménage comprend un itinérant privé de ressources ou un travailleur agricole saisonnier

Q. Puis-je recevoir de l'information et des services d'aiguillage ?

- A.
- Si vous ne dépassez pas la limite maximale de revenu brut (WAC 388-478-0060), vous avez le droit d'utiliser notre site d'information et d'aiguillage appelé Your Community Services Office pour vous aider à trouver les services dont vous et votre famille pourriez avoir besoin. Ce site contient des informations sur les programmes et les ressources offerts au sein de la communauté dont vous pouvez profiter. Suivez le lien suivant depuis n'importe quel ordinateur qui possède un accès à l'Internet pour utiliser le site Web: <https://wvs2.wa.gov/dshs/onlinecso>

Renseignements importants sur les numéros de statut d'immigration et de sécurité sociale

- Vous pouvez faire la demande de prestations pour une partie de votre famille, même si certains membres de votre famille ne sont pas admissibles en raison de leur statut d'immigration. L'état de Washington dispose de certains programmes médicaux pour les gens qui ne possèdent pas de numéro de sécurité sociale ou de preuve de statut d'immigrant.
- Si vous avez besoin d'aide financière ou alimentaire, vous devez fournir les numéros de sécurité sociale ou de statut d'immigrant uniquement pour les personnes qui en font la demande. Vous pouvez quand même fournir volontairement votre numéro de sécurité sociale que nous utiliserons uniquement dans le but de vérifier les renseignements nécessaires à l'établissement de votre admissibilité, tel que votre revenu. Si vous choisissez de ne pas fournir votre numéro de sécurité sociale ou de statut d'immigrant, votre revenu et autres ressources doivent être, malgré tout, vérifiés si l'admissibilité doit être établie.

Personnes aidantes de personnes



Aide financière



Aide alimentaire



Assistance médicale



Assistance générale pour les inemployables



Soins en maison de repos ou aide à la vie autonome

Le ministère de l'agriculture des États-Unis (USDA) interdit la discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'origine ou les croyances politiques au sein de tous ses programmes et ses activités. Les personnes handicapées qui nécessitent un autre moyen de communication afin de prendre connaissance des informations inhérentes au programme (braille, gros caractères, cassette audio, etc.), doivent communiquer avec le centre TARGET de USDA en composant le (202) 720-2600 (vocal et ATME). Écrire à USDA, Directeur, bureau des droits civils, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410 ou composer le numéro (202) 720-5964 (vocal et ATME) pour faire enregistrer une plainte de discrimination. USDA souscrit au principe d'égalité d'emploi pour tous.

ELIGIBILITY REVIEW ÉVALUATION D'ADMISSIBILITÉ

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce formulaire, veuillez cocher la case et remettre le document à la réceptionniste.

FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED

INITIALS

1. PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE	SIGNATURE (OBLIGATOIRE)		2. NUMÉRO D'IDENTITÉ DU CLIENT (SI CONNU)
3. RUE DU LIEU DE RÉSIDENCE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRIVÉ OU MESSAGERIE
5. ADRESSE CIVILE (SI DIFFÉRENTE)	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	6. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL
9. J'applique pour (cochez tout ce qui s'applique) : <input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> Soins en maison de repos <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser): _____ <input type="checkbox"/> Nourriture <input type="checkbox"/> Cure de désintoxication <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> COPES (Aide à la vie autonome ou soins à domicile) _____				7. ADRESSE COURRIEL
10. À combien prévoyez-vous le revenu de votre ménage pour ce mois ? \$ _____				8. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
11. De combien d'argent dispose votre ménage, argent liquide et comptes de banque ? \$ _____				
12. À combien s'élève le montant du loyer ou de l'hypothèque de votre ménage : \$ _____				
13. Quels sont les services publics que paie votre ménage ? <input type="checkbox"/> chauffage et climatisation <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> autre: _____				
14. Votre ménage héberge-t-il un travailleur agricole saisonnier ou itinérant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date :** _____

15. J'ai besoin d'une entrevue téléphonique parce que je suis: Âgé Handicapé Je travaille Autre difficulté: _____

16. J'ai besoin d'un interprète. Je parle : _____ ou signer; Je veux ma correspondance en : _____

17. Si vous appliquez pour l'aide alimentaire, pour combien de personne achetez-vous et préparez-vous à manger dans votre ménage? _____

18. Au cours des 30 derniers jours, j'ai reçu de l'argent, de la nourriture ou de l'assistance médicale d'un autre état ou d'une autre source : Oui Non

19. J'ai, ou la personne pour qui j'applique, été accusé(e) d'avoir commis une infraction à la loi liée à la drogue après le 21 août 1996 : Oui Non

20. Je, ou la personne pour qui j'applique, suis en fuite afin d'éviter d'aller en cour ou en prison pour un acte délictueux grave : Oui Non

21. Je, ou une personne dans mon ménage (cochez ce qui s'applique) :

Urgence médicale Avis d'expulsion Suis enceinte; date prévue de l'accouchement : _____

Situation de violence conjugale Handicapé(e) (indiquez le genre): _____ Coupure de service public ou de chauffage

22. Les renseignements suivants sont volontaires et ne serviront pas à établir votre admissibilité aux prestations.
 Mes origines ethniques sont hispanique ou latino : Oui Non Je considère être de race (cochez tout ce qui s'applique) :

Blanche Noire ou Afro-américaine Asiatique Hawaïenne ou autre insulaire du Pacifique

Amérindienne ou originaire de l'Alaska; nom de la tribu : _____ Autre (veuillez préciser) : _____

23. Énumérez tous les membres de votre ménage même si vous ne faites pas de demande pour eux (joindre des feuilles supplémentaires, le cas échéant).

NOM (PRÉNOMS, NOM DE FAMILLE)	QUELLE EST VOTRE DEGRÉ DE PARENTÉ ?	VOULEZ-VOUS DES PRESTATIONS POUR CETTE PERSONNE ?		DATE DE NAISSANCE	OPTIONNEL POUR CEUX QUI N'APPLIQUENT PAS				SEXE M OU F
		OUI	NON		CITOYEN AMÉRICAIN	SI NON CITOYEN, EXISTE-T-IL UN DOCUMENT INDIQUANT LE STATUT ?	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE		
	Moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

APPLICANT'S NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER
------------------	------------------------	------------------------------

I. Généralités

- Tous ceux pour qui je fais une demande vivent dans l'état de Washington : Oui Non Si oui, depuis quand (date) : _____
- Je suis, ou quelqu'un de mon ménage, un étranger parrainé : Oui Non
- Quelqu'un est temporairement hors de mon domicile : Oui Non Si oui, qui (préciser) : _____
- Je suis, ou quelqu'un de mon ménage, un vétéran ou une personne à charge ou l'épouse d'un vétéran (vivant ou décédé) : Oui Non
- Je vis dans : Ma propre maison ou appartement Domicile familial Foyer de groupe
 Installation (préciser le type) : _____ Autre : _____
- Je suis : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

II. Renseignements médicaux et assurance médicales

- J'ai, nous avons, des problèmes médicaux qui m'empêchent, nous empêchent, de travailler..... Oui Non
- J'ai des factures médicales impayées Oui Non
- J'ai besoin d'aide pour les frais médicaux impayés de l'un des trois (3) derniers mois Oui Non
- Je prévois entrer, suis dans un centre médical ou récemment quitté (tel que hôpital ou foyer de convalescence) Oui Non
- J'ai une assurance médicale (y compris Tricare ou une assurance pour soins longue durée) Oui Non
- J'ai Medicare (REMARQUE : Ce n'est pas la même chose que les coupons médicaux) Oui Non
- J'ai eu un accident qui nécessite des soins médicaux Oui Non

III. Ressources

Vous n'êtes pas obligé de remplir cette section si vous appliquez pour les soins médicaux pour enfants ou pour grossesse SEULEMENT.

En plus des points indiqués ci-dessous, d'autres exemples de ressources comprennent argent comptant, argent détenu par d'autres, contrats de vente, bétail, récoltes et équipement professionnel.

1. Je, mon époux(se) ou la personne pour qui j'applique a des ressources : Oui Non Si oui, veuillez les énumérer ci-dessous :

GENRE DE RESSOURCE?	À QUI APPARTIENT LA RESSOURCE	OÙ EST LA RESSOURCE (p. ex. NOM DE LA BANQUE)	MONTANT OU VALEUR	À QUI APPARTIENT LA RESSOURCE	OÙ EST LA RESSOURCE (p. ex. NOM DE LA BANQUE)	MONTANT OU VALEUR
Compte(s) bancaire(s)			\$			\$
Épargne ou compte(s) caisse populaire			\$			\$
Débours en espèces ou compte de dépôt du marché monétaire			\$			\$
Fiducie ou rentes			\$			\$
Stocks, obligations ou fonds mutuels			\$			\$
Fonds de retraite ou compte de retraite individuel			\$			\$
Fonds d'inhumation, plans ou parcelles			\$			\$
Assurance vie			\$			\$
Propriété			\$			\$
Autre :			\$			\$
Autre :			\$			\$

- J'ai, mon époux(se) ou la personne pour qui j'applique, vendu, échangé, donné ou transféré une ressource au cours des cinq (5) dernières années (y compris les transferts dans des fiducies ou domaine viager) : Oui Non Si oui, quoi : _____ quand : _____
- Je, ou la personne pour qui j'applique, possède les véhicules suivants (y compris camions, fourgonnettes, bateaux ou remorques) :

ANNÉE (p. ex. 1980)	MARQUE (p. ex. FORD)	MODÈLE (p. ex. ESCORT)	CE VÉHICULE EST-IL LOUÉ?	J'UTILISE OU NOUS UTILISONS CE VÉHICULE POUR RAISONS MÉDICALES	LE VÉHICULE N'EST PAS FINI DE PAYER.
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

IV. Revenu

1. Je, mon époux(se) ou la personne pour qui j'applique a un revenu : Oui Non Si oui, veuillez compléter cette partie :

NOM DE L'EMPLOYEUR ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	MONTANT BRUT REÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT IMPÔTS) \$ _____ tous les: <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Deux semaines
Est-ce un travail indépendant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Qui fait le revenu :	<input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mois Heures par semaine : _____ Date de paie (p. ex. le 1er et le 15 du mois ou tous les vendredis) : _____
NOM DE L'EMPLOYEUR ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	MONTANT BRUT REÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT IMPÔTS) \$ _____ tous les : <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Deux semaines
Est-ce un travail indépendant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Qui fait le revenu :	<input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mois Heures par semaine : _____ Date de paie (p. ex. le 1er et le 15 du mois ou tous les vendredis) : _____

2. Je, mon époux(se) ou la personne pour qui j'applique, a quitté son emploi au cours des 60 derniers jours. Oui Non

3. AUTRE REVENU	QUI REÇOIT LE REVENU?	MONTANT BRUT MENSUEL	QUI REÇOIT LE REVENU?	MONTANT BRUT MENSUEL
Prestations d'assurance emploi		\$		\$
Sécurité sociale		\$		\$
Supplemental Security Income (SSI)		\$		\$
Pension alimentaire pour enfant ou pour époux(se)		\$		\$
Retraite ou rente		\$		\$
Veterans Administration (VA) ou prestations militaires		\$		\$
Prestations Main d'œuvre et Industries (L&I) ou d'assurance		\$		\$
Fiducie ou rentes		\$		\$
Autre :		\$		\$

V. Dépenses mensuelles

LOYER \$	HYPOTHÈQUE \$	LOCATION \$	ASSURANCE MÉNAGE \$	TAXES FONCIÈRES \$	ÉVALUATIONS DE PROPRIÉTÉ \$
Services publics (Cochez ceux qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> Électricité (exc. chauffage) <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Chauffage (gaz, électricité, huile) Une autre personne ou agence m'aide à payer en partie ou complètement mes frais <input type="checkbox"/> Eaux, égouts, ordures d'hébergement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No					
Si oui, qui? _____ Quels frais: _____ Montant qu'ils payent : \$ _____					
Je ou nous payons, sommes supposés payer (cochez tout ce qui s'applique) :					
<input type="checkbox"/> Garde d'enfant ou de personne à charge	Montant mensuel : \$		Qui paye:		
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfant	Montant mensuel : \$		Qui paye:		
<input type="checkbox"/> Frais médicaux	Montant mensuel : \$		Qui paye:		

DÉCLARATION ET SIGNATURE

J'ai lu, ou je me suis fais expliquer, mes droits et mes responsabilités. J'ai reçu une copie du document de mes droits et responsabilités de client, DSHS 14-113(X). Je dois rapporter tous changements qui pourraient survenir tel que requis par le département. Je dois fournir la preuve que je suis admissible. DSHS peut m'aider à obtenir la preuve ou communiquer avec d'autres personnes ou agences dans ce but. Par l'obtention de l'aide temporaire aux familles dans le besoin (Temporary Assistance to Needy Families - TANF) ou des prestations pour soins médicaux, je cède certains droits à la pension alimentaire ou médicale à l'état de Washington. Par la demande et l'octroi de prestation de soins médicaux, je ou nous cédon à l'état de Washington, mes ou nos droits aux indemnités médicales ainsi que tous paiement de tiers pour des soins médicaux afin de couvrir les services médicaux lorsque je ou nous recevons des prestations pour soins médicaux. Je déclare, sous peine de parjure, que l'information que j'ai fournie sur cette application est, à ma connaissance, exacte, correcte et complète. Je comprends que je peux être poursuivi au criminel si je reçois indûment de l'argent, de la nourriture ou de l'aide médicale en ayant fait volontairement une fausse déclaration ou en ayant volontairement omis de rapporter un élément. En cas de demande d'aliments de base, seul le candidat peut signer. Si la demande concerne une aide financière ou médicale, tous les adultes du ménage doivent signer.

SIGNATURE DU CANDIDAT	DATE	SIGNATURE DE L'AUTRE CANDIDAT ADULTE	DATE
SIGNATURE DE L'ASSISTANT OU DU REPRÉSENTANT	DATE	SIGNATURE D'UN TÉMOIN SI SIGNÉ AVEC UN " X "	DATE